

台北市中正區南門國小特殊疾病及緊急醫療聯絡資料調查表

年 級	一	二	三	四	五	六
座 號						

學生姓名		性別		血型		出生	年	月	日	
實際地址	市〈縣〉 區 里 鄰					電話				
	鄉鎮									
	路 段 巷 弄 號									
	街 樓 之									
父			服務機關 及 職 稱			電話 〈公〉				
母										
緊急連絡人				與學生關係				電話		
目前疾病		<input type="checkbox"/> 1. 心臟病 <input type="checkbox"/> 2. 癲癇 <input type="checkbox"/> 3. 氣喘 <input type="checkbox"/> 4. 糖尿病 <input type="checkbox"/> 5. 腎臟病 <input type="checkbox"/> 6. 疝氣 <input type="checkbox"/> 7. 肝炎 <input type="checkbox"/> 8. 腫瘤〈部位及名稱〉：_____								
		<input type="checkbox"/> 9. 血友病 <input type="checkbox"/> 10. 蠶豆症 <input type="checkbox"/> 11. 不易止血 <input type="checkbox"/> 12. 過敏 <input type="checkbox"/> 13. 白血病 <input type="checkbox"/> 14. 肺結核 <input type="checkbox"/> 15. 肢體殘障部位：_____								
		<input type="checkbox"/> 16. 曾開刀部位：_____								
		<input type="checkbox"/> 17. 其他特殊情況：_____								
備 註		1. 若有傷病情況需就醫時，請接到通知後，儘速前來。 2. 若有緊急情況發生，校方將逕送本校責任醫院-市立和平醫院。 3. 聯絡電話如有大哥大亦請填寫入電話欄中。 4. 家長建議所勾”目前疾病”在學校發病時之處理方法： _____								

家長簽章：_____